

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:226–231
 DOI 10.1007/s00739-016-0358-2
 Online publiziert: 8. November 2016
 © Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist
 eine Open-Access-Publikation.



Kurt Stastka

Psychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten, Wien, Österreich

Psychotherapie bei Depression – 2. Teil

Fokus Psychotherapie in der S3- Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

Die 2009 publizierte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression für Deutschland (AWMF/DGPPN) ist ein Konsens von 29 ärztlichen und psychologischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie Patienten- und Angehörigenvertretern. Als „leitende Handlungsempfehlung“ stellte sie in Studien untersuchte Verfahren zur Depressionstherapie vor, bewertete sie und leitete daraus konsensierte Empfehlungen ab. Orientiert an der reduktionistischen Idealvorgabe für „Standardpatienten“ in experimentellen Studien sind Leitlinien allerdings keine Richtlinien, da in der Praxis der individuelle Fall komplexer und schwieriger ist als der Standardfall.

» Längerfristige Psychotherapien werden in ihrer nachhaltigen Wirkung unterschätzt

Pharmakotherapie und Psychotherapie waren die am besten untersuchten Behandlungsverfahren, die in der Versorgung auch am ehesten verfügbar waren, weshalb die Leitlinie hierzu spezifische Empfehlungen erstellte, die sich am damals aktuellen Kenntnisstand orientierten [1]. Die Revision (Version 4 der S3-Leitlinie und NVL (Nationale Versorgungsleitlinie 2015) [2]) führt im Kapitel Psychotherapie neben fortbestehenden auch modifizierte und neue Empfehlungen an.

Die Wirkung von Antidepressiva wird in der Allgemeinbevölkerung stark überbewertet, die teils gleiche Wirksamkeit von Psychotherapie noch nicht kommuniziert.

In der Psychotherapieforschung konnten mehrere gemeinsame Wirkmerkmale verschiedener Verfahren und unspezifische Faktoren zur Erklärung von Therapieerfolgen identifiziert werden, die in allen Therapieschulen mehr oder weniger vorkommen, wie etwa Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung. Was in der Psychotherapieforschung schon seit längerem als empirisch am besten abgesicherter allgemeiner Wirkfaktor identifiziert worden ist, gilt auch für die Behandlung der Depression, nämlich, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidend für die Qualität und das Ergebnis der Psychotherapie und das Arbeitsbündnis ist. Grundlegende Verlustängste können darin bearbeitet und verlässliche Strukturen entwickelt werden. Daher formuliert die S3-Leitlinie als erste Empfehlung:

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt (3–40: LoE Ib, EG B).

Da depressive Patienten erfahrungsgemäß unterschiedlich rasch profitieren, haben Studien den hohen Einfluss von Patientenvariablen beschrieben:

- Persönlichkeitsfaktoren (perfektionistisch, feindselig dominant, selbstkritisch)
- Prämorbid Belastungen
- Lebensgeschichten (sexueller Missbrauch, Traumatisierung, Verlusterlebnisse)
- Kultureller Hintergrund
- Psychosoziale Kompetenzen
- Gegenwärtige soziale und beziehungsbezogene Probleme
- Fähigkeit und Bereitschaft zur selbst-reflexiven Auseinandersetzung mit innerpsychischen Vorgängen und deren lebensgeschichtlichem Hintergrund

Werden diese Faktoren inklusive subjektive Krankheitsvorstellungen und damit verbundene Behandlungserwartungen nicht berücksichtigt, fühlt sich der Patient nicht verstanden. Es wird eine geringere Wirksamkeit erreicht, und der Patient bricht womöglich ab. Im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Basisbehandlung ist im ambulanten Setting im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans für den Patienten essenziell, sich von Beginn an verstanden zu fühlen und ausreichend mitteilen zu können.

Bemerkenswert und bedeutsam ist, dass bei leichten depressiven Episoden in der S3-Leitlinie eine aktiv-abwartende Begleitung über 14 Tage empfohlen wird, ohne sofortige Einleitung einer spezifischen Psycho- oder Pharmakotherapie, die mit allgemeinen psychoeduka-

tiven Inhalten und Möglichkeiten des Symptommanagements verbunden werden kann. Es muss also nicht sofort eine fach- und störungsspezifische Behandlung angeboten werden. Eine ärztliche Begleitung, z. B. durch den Hausarzt, ist hier möglicherweise bereits hilfreich.

Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden (3–41: LoE IV; EG 0).

Hält die Symptomatik einer leichten depressiven Episode nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über eine Intensivierung der Behandlung gesprochen werden. Als Behandlungsmöglichkeiten stehen beispielsweise zur Verfügung:

- Beratung („counselling“)
- Psychoedukativ-supportive Gespräche
- Qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, z. B. Selbsthilfebücher/Online-Programme
- Problemlöseansätze („problem solving“)
- Psychiatrische-psychotherapeutische Basisbehandlung bzw. psychosomatische Grundversorgung (3–7 mod. 2015: LoE IV; EG 0)

In diesem gestuften Prozess soll mit dem Patienten bei Fortbestehen der Symptome erst danach über den Beginn einer spezifischen Therapie entschieden werden.

Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten (Empfehlungen nach 3–7, mod.) nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden (3–42: LoE Ia, EG A).

Die Leitlinie empfiehlt Psychotherapie generell für den Bereich leichte bis mittelgradige Depressionen, was Psychotherapie einerseits extrem aufwertet. Unter Berücksichtigung folgender Umstände kann andererseits die Indikation für eine Pharmakotherapie gestellt werden:

- Restsymptomatik nach Akuttherapie,
- in der Vorgeschichte mittelgradige oder schwere depressive Episoden,

- günstige Vorerfahrungen mit Antidepressiva,
- ablehnende Haltung zu Psychotherapie.

Die meisten Effektivitätsbelege für eine psychotherapeutische Monotherapie liegen für leichte und mittelgradige depressive Störungen vor. Die KVT (kognitive Verhaltenstherapie) als am häufigsten ambulant untersuchtes Therapieverfahren mit einer Vielzahl kontrollierter Studien bringt die robustesten Effektivitätsnachweise mit einer Vielzahl an Metaanalysen. Die Wirksamkeit psychodynamisch orientierter Psychotherapien konnte in Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen bezogen auf fokale, zeitlich begrenzte, strukturierte Interventionen (16–30 Sitzungen) in zwei qualitätsgeprüften Metaanalysen [3, 4] sowie deren Vergleichbarkeit mit anderen wirksamen Depressionstherapien bestätigt werden (KVT, IPT).

Bei Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode finden sich keine klaren Überlegenheitseffekte einer Kombinationsbehandlung. Zur psychopharmakologischen Behandlung wird klar abhängig vom Schweregrad empfohlen:

Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (3–8: LoE Ib, EG B).

Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden (3–10: LoE Ia, EG A).

Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden (3–40; EG A).

In den Studien zeigen Placebos eine starke Wirkung. Metaanalysen zur Wirksamkeit von Pharmakotherapien belegen demgegenüber, dass der Antidepressivaeffekt gegenüber der Placebowirkung umso stärker ist, je stärker die depressive Symptomatik ist. Patienten mit schweren Depressionen profitieren von einer Pharmakotherapie folglich stärker be-

ziehungsweise häufiger als Patienten mit leichtgradigen Depressionen [5, 6]. Der Psychotherapie kommt hier ein additiver Effekt zu, was auch vice versa gilt. Die Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie hat auch Auswirkungen auf die Mitarbeit von Patient(inn)en.

Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet (3–46; Statement).

Für schwere depressive Episoden, chronisch depressive Patienten und rezidivierende Depressionen sind statistisch signifikante additive Effekte einer Kombinationstherapie gegenüber alleiniger Psychopharmakotherapie (bei chronisch depressiven Patienten, bei schweren Episoden) und einer alleinigen Psychotherapie (bei schweren Episoden) nachgewiesen. Des Weiteren entsprechen die Forschungsergebnisse auch den klinischen Erfahrungen, dass nicht alleine auf das Gespräch oder die Medikation gesetzt wird, sondern die Wirksamkeit durch die jeweilige andere Behandlungsform in einer Kombinationsbehandlung verstärkt wird. Entsprechend empfiehlt die Leitlinie bei schweren depressiven Episoden vorrangig eine Kombinationsbehandlung.

Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden (3–11: LoE Ia, EG A).

Zu beachten ist, dass hier vorrangig eine Kombinationsbehandlung empfohlen wird, jedoch nicht völlig ausgeschlossen wird, dass eine Monotherapie bevorzugt wird. Hier wird nicht aufgefordert Psychopharmaka zu verschreiben, auch die Psychotherapie kann gewählt werden. Darüber hinaus ist wichtig zu beachten, dass bei schweren depressiven Episoden die Wirklatenz einer alleinigen Psychotherapie gegenüber einer alleinigen Pharmakotherapie oder einer Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie erhöht sein kann. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass die Wirklatenz von der Chronizität abhängt.

Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden. (3–43: LoE Ia, EG A).

Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist jedoch neben schweren auch für mittelgradige depressive Episoden belegt. Beim derzeitigen Wissensstand ist von einer Äquivalenz zur evidenzbasierten Psychotherapie auszugehen, die in der Leitlinie folglich gleichrangig als Monotherapie empfohlen wird. Bei leichten depressiven Episoden zeigen die Studien zu Antidepressiva ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis und letztlich eine unzureichende Wirksamkeit.

Ausdrücklich wird in Form einer starken Empfehlung darauf hingewiesen, dass psychotische Symptome bei Depressionen mit Psychopharmaka behandelt werden sollen. Psychotherapie findet sich hier nicht angeführt oder erläutert.

Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten (3–44, mod. 2015, Statement).

Bei chronischen depressiven Zuständen (Dysthymie und „double depression“) soll im Sinne einer starken Empfehlung eine Pharmakotherapie geprüft werden. Bei Dysthymia, „double depression“ und chronischer Major-Depression hat eine Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie den größten Behandlungserfolg. Die Forschungslage ist hier viel dürrer.

Bei Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist (3–45, mod. 2015: LoE Ia, EG A).

Wesentlich und konstruktiv an dieser Empfehlung ist die Aufklärung und der klare Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung, denn die Leitlinie beschreibt nicht, dass die Kombinations-

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:226–231 DOI 10.1007/s00739-016-0358-2
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

K. Stastka

Psychotherapie bei Depression – 2. Teil. Fokus Psychotherapie in der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

Zusammenfassung

Die Leitlinie empfiehlt Psychotherapie bei allen Schweregraden der Depression. Sie fasst differenzierte Empfehlungen auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes zusammen. Je nach Schweregrad und Verlaufsform ist Psychotherapie als Monotherapie oder Kombinationstherapie empfehlenswert. Empirisch bewährt hat sich ein Modell, das den Patienten möglichst gut informiert und zu gemeinsamen Entscheidungsfindungen

als wirksame Initiatoren für eine tragfähige therapeutische Beziehung führt, deren Effekt sich positiv auf die Behandlungsergebnisse auswirkt.

Schlüsselwörter

Psychopharmakotherapie · Psychotherapie · Kombinationstherapie · Depression · S3-Leitlinie Unipolare Depression

Psychotherapy for depression—part 2. Focus on psychotherapy in the S3 Guideline/National Care Management for Unipolar Depression

Abstract

The guidelines generally recommend psychotherapy in all degrees of severity of depression. Different recommendations on the basis of the current state of research are summarized. Depending on severity and course, psychotherapy is recommended as a monotherapy or combination therapy. A model that provides the patient with the best possible information and leads to joint

decision-making has been empirically proven to be effective initiators for a sustainable therapeutic relationship which also has a positive effect on the treatment results.

Keywords

Psychopharmacotherapy · Psychotherapy · Combination therapy · Depression · S3 Guideline Unipolar Depression

therapie zwingend angewendet werden muss.

Neben dem deutlich erhöhten zeitlichen Forschungsaufwand alleine ist zu bedenken, dass die in der lebensgeschichtlichen Entwicklung tief verwurzelten depressiven Haltungen und Einstellungen wesentlich schwerer aufzuheben, zu ersetzen oder aufzuheben sind, wodurch womöglich jede Form der Behandlung es schwerer haben wird, grundlegende Veränderungen zu erreichen. Gerade aus diesem Grund ist der Patient über die besseren Chancen einer Kombinationstherapie zu informieren und aufzuklären.

Bei Dysthymie sollte eine Psychotherapie angeboten werden (3–46 NEU 2015: LoE Ia, EG B).

Bei Dysthymie und „double depression“ soll eine pharmakologische Behand-

lung angeboten werden (3–36: LoE Ia, EG A).

Für spezifische Subgruppen wird eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie empfohlen, nämlich für schwere depressive Episoden, chronisch depressive Patienten, rezidivierende Depressionen sowie ältere depressive Patienten (59–70 Jahre). Für sie lassen sich statistisch signifikante additive Effekte einer Kombinationstherapie gegenüber einer alleinigen Psychotherapie (bei schweren) oder einer alleinigen Pharmakotherapie (bei chronisch depressiven sowie älteren depressiven Patienten) nachweisen.

Wesentlich für den Patienten, vor allem wenn er ein lang anhaltendes Leiden hat, ist, ihm die bestmögliche Therapie aufklärend anzubieten, ihn im Quer- und perspektivischen Längsschnitt darü-

ber aufzuklären, ihm einen individuellen Therapieplan mit rationalen Optionen anzubieten und ihn über verschiedene Therapieverfahren und deren Kombination zu beraten, sodass der Patient unterstützt entscheiden kann. Wir wissen aus dem klinischen Alltag mit depressiven Patienten, dass diese berichten, dass diese sinn- und bedeutungsgebende Perspektive Hoffnung und Halt gibt und als besonders bedeutsam in der Genesung erlebt wird.

Wichtig ist, da Psychotherapie auch einen wesentlichen Einfluss auf die Stabilität des Behandlungserfolgs und auf die Prävention von Rückfällen hat, dass diese bereits in der Akutphase begonnen wird, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln und Auslöser erkennen zu lernen. Dadurch ist die Veränderung von Mustern, der Zugewinn an Umgangsmöglichkeiten und letztlich eine nachhaltige Wirkung zu erreichen, wie Befunde aus der Psychotherapieforschung nachweisen.

» Psychotherapie sollte bereits in der Akutphase begonnen werden

Psychotherapie verhindert zwar nicht vollständig Rückfälle, reduziert aber die Rückfallhäufigkeit. Bereits allein in der Akutphase durchgeführte Psychotherapien (KVT) bei leichten bis mittelschweren Depressionen führen zu günstigeren längerfristigen Effekten als Pharmakotherapie [7]. Speziell in IPT und KVT werden Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit neu auftretenden Lebensereignissen gesteigert (Carry-over-Effekte in Form signifikant geringerer Rückfälle). In mehreren Metaanalysen (KVT, MBCT, IPT) konnte die Rückfallrate bis zu 43 % reduziert werden.

Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden (3–52: LoE Ia, EG A).

Bei Vorliegen von Risikofaktoren für ein Rezidiv ist also eine Behandlung über die Akutphase hinaus durchzuführen.

Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden (3–53: LoE Ia, EG A).

Bei rezidivierenden depressiven Störungen zeigen Langzeitstudien mit KVT einen überzeugenden rückfall- und rezidivprophylaktischen Effekt von Psychotherapie, und zwar nach einer Psycho- und/oder Pharmakotherapie in der Akutphase oder auch bei teilremittierten Patienten (z. B. die Metaanalyse von Vittengl et al. [8]).

Für die *Interpersonelle Psychotherapie* hat eine Kombinationsbehandlung aus IPT und Pharmakotherapie den stärksten rezidivprophylaktischen Effekt. In den von Vittengl et al. aufgenommenen Studien schnitt die Psychotherapie tendenziell tatsächlich besser ab als eine Pharmakotherapie. Für *Analytische Psychotherapie* (psychoanalytische Langzeittherapie) bestehen keine RCTs, jedoch wurde in einigen großen unkontrollierten naturalistischen Studien ein starker Therapieerfolg auch noch nach Behandlungsbeendigung beschrieben (Carry-over-Effekt). Eine prospektive vergleichende Studie analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie erbrachte signifikante Unterschiede zugunsten einer analytischen Psychotherapie gegenüber Verhaltenstherapie in der Dreijahreskamtamnese [9]. Die Nachhaltigkeit wurde von den Autoren auf die deutlich stärkere Therapiedosis zurückgeführt [10]. In einer RCT [11] konnte im Langzeitverlauf nach drei Jahren eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik in einer psychodynamischen Langzeittherapie im Vergleich zu einer systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie gezeigt werden, während im Selbstrating nach drei und sieben Monaten nach Therapiebeginn signifikant stärkere Reduktionen sowie höhere Remissionsraten nach sieben bis zwölf Monaten bei systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie auftraten. Die Nachhaltigkeitseffekte der Dosis und therapeutischen Technik analytischer Psychotherapie konnten über die Beendigung der Therapie hinaus aktuell belegt werden [11]. Von Bedeutung

sind Nachhaltigkeitseffekte in Kosten-Nutzen-Rechnungen zeitaufwendiger Therapieverfahren zu langfristigen Wirkungen wie Arbeits- und Funktionsfähigkeiten, Reduktion von Rückfällen und Symptomausprägung.

Es wurden keine additiven oder synergistischen Effekte auf die Symptomreduktion in der Akutbehandlung depressiver Patienten festgestellt, allerdings ist zu bedenken, dass diese eine höhere Medikamentencompliance zeigen, weniger abbrechen, besser kooperieren, weniger zusätzliche Behandlungsangebote in Anspruch nehmen (Kosteneffizienz) und sich besser sozial angepasst zeigen, wodurch sich die Rezidivhäufigkeit senkt.

Indiziert ist eine Kombinationstherapie bei folgenden Subgruppen: schwere depressive Episode, chronisch depressive Patienten, rezidivierende Depressionen und ältere depressive Patienten (59–70a).

Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen und „double depression“ sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden (3–50, mod. 2015: LoE Ia, EG B).

Entsprechend der offenen Frage, welche Behandlungsform die beste Rückfallprophylaxe darstellt, empfiehlt die Leitlinie:

1. Eine Fortführung der Medikation (i. S. einer Erhaltungstherapie) für vier bis neun Monate über die Remission hinaus zur Verminderung des Rückfallrisikos, wenn eine Pharmakotherapie in der Akutphase stattfand.
2. Eine Fortführung der Pharmakotherapie über mindestens zwei Jahre bei Vorliegen mehrerer Rezidive in der jüngeren Vergangenheit mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen.
3. Eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung des Rückfallrisikos im Anschluss an eine Akutbehandlung.
4. Eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe)

für Patienten mit einem erhöhten Rezidivrisiko.

Zusammenfassend belegen die Studien allerdings stärkere sog. Carry-over-Effekte (bei Psychotherapie nach Beendigung weniger Rückfälle als bei Antidepressiva nach Absetzen, durch Veränderung pathogener Interaktionsmuster und kognitive Umstrukturierung) von Psychotherapie nach Beendigung der Therapie im Vergleich zur Pharmakotherapie.

Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression

Wenn Patienten auf mindestens zwei adäquat aufdosierte Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen nicht angesprochen haben, wird Psychotherapie empfohlen, mehrere qualitativ hochwertige Studien unterstützen diese Vorgehensweise, RCT's liegen nicht vor, obwohl Psychotherapie als Verfahren der Wahl bei Nichtansprechen auf Psychopharmaka gilt.

Bei pharmakotherapiepersistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden (3–54: LoE Ib, EG B).

Es finden sich bisher keine Belege, dass Männer und Frauen unterschiedlich gut von einer Psychotherapie profitieren.

Neue Empfehlungen zur Psychotherapie bei älteren Patienten 2015

Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden (3–47, neu 2015: LoE Ia, EG A).

Bei schweren Formen einer Depression im Alter sollte eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie angeboten werden (3–48, neu 2015: LoE Ia, EG B).

Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden (3–49, neu 2015: LoE Ib, EG B).

Die sicherste Evidenz für diese Patientengruppe, vor allem auch multimorbider und eingeschränkter Menschen, existiert für die kognitive Verhaltenstherapie und die Problemlösetherapie. Der Schweregrad moderiert die Effekte, indem bei schwereren Depressionen die Kombination aus KVT und Antidepressivum bessere Effekte erzielt als ein Antidepressivum alleine.

Bei sog. depressiven Syndromen bei anderen Erkrankungen (Z. n. MCI, Diabetes mellitus, KHK) ist vor allem Aktivierung, Sinngebung zum Anstoß der Krankheitsverarbeitung und körperliche Betätigung zu beachten und anzuwenden [12, 13].

Diskussion

Die Psychotherapie hat einen wesentlichen Stellenwert in der Behandlung der Depression, vor allem in der Akutphase. Zu den Effekten längerfristiger psychotherapeutischer Behandlungen liegen noch wenige Studien vor. Die generelle Empfehlung von Psychotherapie im Allgemeinen, ist differenzierter zu betrachten, vor allem auch bei leichtgradigen Depressionen. Die S3-Leitlinie schlägt hier entsprechend ein gestuftes Vorgehen vor, das im Anschluss an die Diagnostik am Beginn der Behandlung ein Aufklärungsgespräch empfiehlt, dessen Ziel es ist, durch verständliche Informationen zu bewährten und wirksamen Behandlungsmethoden (inklusive deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit), Hoffnung zu vermitteln und den Patienten zu entlasten und partizipativ am Entscheidungsprozess zu den Therapieoptionen zu beteiligen. Andererseits zeigen longitudinal durchgeführte Untersuchungen, dass ein Nichtbehandeln einer Depression zu einer schwereren Form führen kann und die oberflächliche Einschätzung des Phänotyps in leicht, mittel, schwer im Querschnitt alleine nicht die Art und Natur der Erkrankung, d. h. den Verlauf, das Stadium und die psychosozialen Belastungen erkennen lässt und somit an der klinischen Realität und am Patientenwohl vorbeiführt. Eine rechtzeitige und legethese durchgeführte Behandlung depressiver Störungen weist eine hohe Erfolgsrate auf, eine nicht oder inadäquat durch-

geführte Behandlung lässt längerfristige Verläufe und auch Chronifizierung erwarten. Die S3-Leitlinie bietet einen guten Überblick zu einer richtigen und rechtzeitigen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Einschätzung inklusive Abschätzung des Behandlungsbedarfs, der Kombination und Abfolge unterschiedlicher Behandlungsstrategien und deren Auswirkungen.

Aufklärung, gezielte Information und partizipative Entscheidungsgewinnung als Recht und Anspruch der Patienten sind hier bedeutsame Grundlagen und finden in der S3-Leitlinie neben der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung adäquate Beachtung. Eine konsequente Patientenbeteiligung ist eine der Innovationen der S3-Leitlinie. Die S3-Leitlinie ist eine gute Reflexionsgrundlage, die stetige Veränderung erfährt (s. Vorversionen im Vergleich) und somit den aktuellen empirischen Erkenntnisprozess gut abbildet.

» Psychotherapie ist bei allen Schweregraden der Depression empfehlenswert

Das ÖGPB Konsensus-Statement Depression „Medikamentöse Therapie“ [14] betont, dass pharmakologisch-psychotherapeutische Kombinationsbehandlungen das Mittel der Wahl darstellen und den jeweiligen Schwerpunkt – abhängig von Schweregrad und Verlauf der Erkrankung – zu finden, die therapeutische Herausforderung darstellt. Pragmatisch und übersichtlich wird in Kapitel 12 auf die in Österreich versorgungsrelevanten Bereiche allgemeine ärztliche Psychotherapie, Psychoedukation und Beratung, Krisenintervention, Fachpsychotherapie und Vorgehen in der Praxis eingegangen und bildet damit eine hilfreiche Handlungsleitlinie, zugeschnitten auf das österreichische Versorgungssystem. Das ÖGPB Konsensus-Statement Depression „Therapieresistente Depression“ [15] betont die durch Psychotherapie erreichbare längere Nachhaltigkeit der erzielten Therapieeffekte. Es weist aufgrund des hohen Rückfallrisikos und des häufig rezidivierenden Verlaufs auf die Notwendigkeit als Erhaltungsthe-

rapie und Rezidivprophylaxe hin und die Notwendigkeit der Aufklärung des Patienten über die Überlegenheit der Kombinationstherapie. Nachhaltige Effekte durch Psychotherapie sind bekannt und in Prozess-Ergebnis-Untersuchungen beschrieben worden [11].

Fazit für die Praxis

Leitfrage: Helfen Leitlinienempfehlungen in klinischen Entscheidungsprozessen?

- Die Leitlinien werten die Psychotherapie in der akuten Behandlung der unipolaren Depression sehr auf.
- Information über den aktuellen Forschungsstand der Wirksamkeitsforschung ist Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Behandlung und stärkt die therapeutische Beziehung.
- Bei allen Schweregraden der Depression ist Psychotherapie sinnvoll und empfehlenswert.
- Je nach Schweregrad und Verlaufsf orm ist Psychotherapie als Monotherapie oder Kombinationstherapie empfehlenswert.
- Psychotherapie ist auch nach der depressiven Episode als Rezidivschutz indiziert.
- Längerfristige Psychotherapien werden in ihrer nachhaltigen Wirkung unterschätzt.

Korrespondenzadresse



© Privat

Prim. Dr. K. Stastka
Psychiatrische Abteilung
im Sozialmedizinischen
Zentrum Süd, Kaiser-Franz-
Josef-Spital mit Gottfried von
Preyer'schem Kinderspital
und Geriatriezentrum
Favoriten
Kundratstraße 3, 1100 Wien,
Österreich
kurt.stastka@wienkav.at

Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Stastka gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Klesse C, Berger M, Bermejo I, Bschor T, Gensichen J, Harfst T, Hautzinger M, Kolada C, Kühner C, Matzat J, Mundt C, Niebling W, Richter R, Schauenburg H, Schulz H, Schneider F, Härter M (2010) Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression – Therapiepraxis nach der aktuellen S3-/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. *Psychotherapeut* 55:247–263
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2009) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). <http://www.versorgungsleitlinien.de>. Zugriffen: 1.7.2016
3. Crits-Christop P (1992) The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149(2):151–158
4. Leichsenring F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A metaanalytic approach. *Clin Psychol Rev* 21(3):401–419
5. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J (2009) Antidepressant drug effects and severity of depression. *JAMA* 303:47–53
6. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008) Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Med* 5:e45
7. De Jong-Meyer R et al (2007) Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Hogrefe, Göttingen
8. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB (2007) Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 75:475–488
9. Huber D et al (2012) Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – a three-year follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother* 58(3):299–316
10. Zimmermann J, Löffler-Stastka H, Huber D, Klug G, Alhabbo S, Bock A, Benecke C (2015) Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clin Psychol Psychother*. 22(6):469–487. doi:10.1002/cpp.1917
11. Knekt P et al (2013) Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 67(1):59–68
12. Frühwald St, Löffler H, Eher R, Saletu B, Baumhackl U (2001) The relationship between depression, anxiety and quality of life: A study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial Ischemia patients. *Psychopathology* 34(1):50–56
13. Turk BR, Gschwandtner ME, Mauerhofer M, Löffler-Stastka H (2015) Can we clinically recognize a vascular depression? : The role of personality in an expanded threshold model. *Medicine (Baltimore)* 94(18):e743. doi:10.1097/MD.0000000000000743
14. Kasper S et al ÖGPB (2012) Depression – Medikamentöse Therapie; Konsensus-Statement – State of the art. <http://oegbb.at/2014/07/15/depression-medikamentoese-therapie/>. Zugriffen: 1.7.2016
15. Kasper S et al ÖGPB (2011) Therapieresistente Depression; Konsensus-Statement – State of the art. <http://oegbb.at/2014/07/15/therapieresistente-depression/>. Zugriffen: 1.7.2016

Hier steht eine Anzeige.

Springer